



Clínica Universitária de Psiquiatria

Trabalho Final de Mestrado

Perturbação de Sintomas Somáticos

Uma nova abordagem diagnóstica

Orientador

Dr.º Carlos Góis

Aluna

Joana Isabel Dias Afonso

Mestrado Integrado em Medicina

Lisboa, 2016

Resumo

Os sintomas somáticos são um dos maiores motivos de utilização exagerada e incorreta dos sistemas de saúde, criando um encargo financeiro enorme e a sensação ao doente de que está a ser maltratado.

O DSM assume-se como um guia para o diagnóstico de patologias psiquiátricas no mundo todo e recentemente teve uma nova edição com uma alteração bastante significativa no anterior capítulo das perturbações somatoformes. Este trabalho tem como objetivo rever o que motivou estas alterações e o racional por detrás.

As críticas ao que funcionava mal no DSM-IV vão desde questões linguísticas, diagnósticos muito restritivos, significativo *overlap* entre as várias perturbações somatoformes (e entre estas e a depressão e ansiedade), assim como questionar se estas perturbações são doenças mentais. Neste processo analisam-se as razões positivas por detrás das alterações confirmando a fiabilidade, a validade e a prevalência da perturbação de sintomas somáticos.

Abstract

The somatic symptoms are one of the biggest reasons of the exaggerated misuse of health systems, creating a huge financial burden and the feeling for the patient that is being mistreated.

DSM is one of the world handbook guide for diagnose of psychiatric disorders and recently had a major change in the old somatoform disorders chapter. This work is reviewing what motivated that changes and the rational beyond that.

The critics to what was wrong on DSM-IV go from linguistic features, ultra-restrictive diagnosis, meaningful overlap between somatoform disorders (and between them and anxiety and depression) and also to ask if this disorders should feature on a mental disorders diagnostic book. In the process is review the positive reasons beyond this changes confirming the reliability, validity and prevalence of Somatic Symptom Disorder.

Índice

Objetivos	4
Método	5
Perturbação de Sintomas Somáticos.....	6
Generalidades.....	6
Alterações ao longo do tempo	7
Questões terminológicas.....	9
Diagnóstico muito restritivo	9
Subdiagnóstico e falta de reprodutibilidade	10
Overlap de patologias	10
Somatização e Saúde Mental.....	12
Relação entre os diagnósticos no DSM-IV e DSM-5.....	14
Validade do DSM-5.....	15
Síntese e Discussão.....	16
Limitações	17
Agradecimentos	19
Bibliografia.....	20
Anexos	23

Objetivos

Os sintomas somáticos são um fenómeno comum e uma das mais frequentes razões para as visitas médicas. Muitos sintomas não têm uma correlação linear com as perturbações mentais nem são explicados por uma condição médica.

A pertinência desta revisão assenta sobretudo na importância do diagnóstico implicar uma grande convicção por parte do médico assim como bastante conhecimento por parte de todos os médicos e não apenas dos psiquiatras, o que em geral não acontece. Isto correlaciona-se com a pouca abordagem ao assunto no ensino pré-graduado de Medicina, apesar de ser um dos principais motivos de utilização dos cuidados de saúde, sendo que pelo menos 25% das consultas aos cuidados de saúde primários são motivadas por sintomas físicos que carecem de clara explicação orgânica (Gureje et. al. 1999).

A quinta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, vulgo DSM-5, mudou o termo perturbações somatoformes para perturbações dos sintomas somáticos, e esta não foi somente uma mudança linguística pois houve também grandes alterações estruturais. (Rief et al. 2014)

Esta revisão tem como objetivo maior compreender estas mudanças, o racional por detrás delas, assim como perceber se é esta uma melhor ajuda para o diagnóstico, gestão e pesquisa no campo das queixas somáticas.

Ainda há muito por descobrir na área dos sintomas somáticos (e em toda a psiquiatria) e como tal perceber o que de errado havia nos critérios de diagnóstico pode ser um princípio para se compreender um foro da patologia psiquiátrica que está em constante mutação. Obviamente que os critérios não são a definição de uma doença, porém a sua existência implica um fundamento por detrás. E é estes critérios que esta revisão se propõe a perceber e analisar.

Método

A revisão da literatura que se segue foi elaborada através da pesquisa sistemática de artigos com recurso à base de dados PubMed, utilizando as seguintes palavras-chave “somatic symptom disorder”, “somatoform disorder”, “somatization”, “Medically unexplained physical symptoms”, “MUPS”, “DSM-5”, “diagnostic”, tendo sido selecionados artigos desde 1993. Numa primeira pesquisa obtiveram-se 97 artigos. Foram apenas selecionados artigos escritos em inglês ou em português, daí resultando a análise de 67 artigos, que foram selecionados segundo o título e abstract, tendo em conta a sua pertinência para os objetivos traçados anteriormente.

Perturbação de Sintomas Somáticos

Generalidades

A classificação dos sintomas somáticos funcionais não está completamente integrada de modo satisfatório, nas classificações médicas ou psiquiátricas. Estas últimas baseiam-se sobretudo nos doentes que recorrem às consultas hospitalares, ignorando o elevado número de pessoas que frequentam os cuidados de saúde primários, ou aquelas outras que, na comunidade, apresentam também queixas somáticas funcionais sem recorrerem aos serviços de saúde. Segundo Hiller et al 2006[17], mais de 80% da população em geral refere algum tipo de sintoma somático nos últimos sete dias e cerca de $\frac{1}{5}$ dessa mesma população sofre de queixas somáticas crónicas que são sérias e incapacitantes. Este desconforto substancial referido pelos doentes associa-se à resistência aos tratamentos médicos habituais e ao abuso dos serviços médicos. (Allen et al 2013[1]). A nível económico, sintomas físicos medicamente inexplicados (MUPS) produzem encargos no sistema de saúde que são comparáveis às perturbações da ansiedade e depressão (Konnopka et al 2012[20]). Pesquisas epidemiológicas mostraram que os MUPS são mais frequentes em pacientes do sexo femininos, não caucasianos e menos escolarizados que os que apresentam sintomas medicamente explicados. Num artigo de revisão publicado em 2001 por Barsky et

Resumo dos achados em diferentes áreas	
•	Diferenças biológicas <ul style="list-style-type: none">○ Pode haver diferenças na nocicepção○ Pode haver diferenças na resposta autonómica e fisiológica à dor
•	Apreciação e avaliação dos sintomas <ul style="list-style-type: none">○ As mulheres têm geralmente um maior <i>awareness</i> somático○ As mulheres têm uma maior recordação de sintomas prévios○ As mulheres usam mais estímulos externos na avaliação das sensações somáticas
•	Papéis sociais e na socialização <ul style="list-style-type: none">○ Os homens são vistos socialmente como mais estoicos○ As mulheres são encorajadas a reconhecer o sofrimento○ Os homens têm mais resistência em assumir o papel de doente que as mulheres
•	Abuso e trauma <ul style="list-style-type: none">○ Abuso infantil e na idade adulta é associado com maior referência de sintomas na idade adulta○ A incidência de abuso infantil e na idade adulta é maior nas raparigas
•	Perturbações depressivas e de ansiedade, e sofrimento psicológico generalizado <ul style="list-style-type: none">○ Perturbações depressivas e de ansiedade são mais prevalentes nas mulheres○ Sofrimento psicológico generalizado e auto reportado é maior nas mulheres
•	Viés de género <ul style="list-style-type: none">○ Existe evidência de viés de género na investigação e na prática clínica

Tabela 1 - Resumo dos Mecanismos que explicam as diferenças entre sexos num estudo de Barsky et al, 2001 [5]

[5], são relatados mecanismos fisiopatológicos e socio culturais na diferença entre sexos em relação a sintomas somáticos.

Alterações ao longo do tempo

A Medicina reconheceu há muito tempo um grupo de pacientes que apresenta MUPS e preocupações excessivas com a saúde/doença. Foi inicialmente descrita pelos egípcios e nomeada histeria pelos gregos como um “útero errante” que produzia desconforto e dor, dada a sua associação ao sexo feminino (Allen et. al. 2013[1]). Os termos somatização e perturbação somatoforme apenas surgem em 1980 aquando da publicação do DSM III, sendo a sua definição principal: queixas somáticas múltiplas e recorrentes durante vários anos e que aparentemente não se devem a nenhuma doença física, sendo criadas as categorias de perturbação de somatização, perturbação de conversão, perturbação de dor psicogénica, hipocondria e uma categorial residual: perturbação de somatização atípica. (American Psychiatry Association. 1980[2]).

Nas revisões subsequentes como DSM-III-R, DSM-IV e DSM-IV-R foram feitas alterações mínimas nas definições destas patologias. Foi introduzido um novo diagnóstico: perturbação somatoforme indiferenciada. A adição foi necessária para não ignorar os pacientes que apesar de evidentemente em sofrimento para os clínicos não conseguiam atingir os critérios de diagnóstico das restantes categorias de perturbações somatoformes. Consequentemente, graças a esta categoria, o número de doentes diagnosticados com queixas de sintomas somáticos aumentou (Mayou et al 2005[4])

Muitas vezes, estas queixas existem (e persistem) na ausência de qualquer perturbação psiquiátrica diagnosticada, não obstante a eventual importância de fatores psicológicos e/ou sociais associados. Neste contexto, as classificações psiquiátricas têm optado por fazer uma associação exclusiva muitas vezes injustificada, entre os sintomas funcionais e as perturbações psiquiátricas mais frequentes nomeadamente a depressão e a ansiedade, ou então, alternativamente, propondo a inclusão destes sintomas na categoria das Perturbações Somatoformes,

definidas pela “presença de sintomas físicos que sugerem uma condição médica geral e causam sofrimento ou compromisso funcional significativos, não explicáveis por qualquer outra condição médica, pelos efeitos diretos de uma substância ou por qualquer outra perturbação mental” (American Psychiatric Association, 1994[3]). As classificações médicas, por sua vez têm privilegiado a descrição sindrômica de sinais e sintomas em função de cada especialidade médica. E é este o principal problema do diagnóstico destas síndromes no DSM IV-TR: a classificação de exclusão, que será discutida adiante.

Do ponto de vista taxonómico, tem-se usado as classificações psiquiátricas, onde os sintomas somáticos funcionais aparecem incluídos no grupo das perturbações somatoformes, ou as classificações médicas, que reivindicam a existência de síndromes somáticas funcionais distintas consoante o olhar e o interesse de cada especialidade. Tanto as perturbações somatoformes como as síndromes somáticas funcionais podem, por sua vez ser integradas no grupo mais alargado dos sintomas médicos não explicados. Esta designação, por vezes usada de modo alternado com sintomas físicos medicamente não explicados (MUPS), não é consensual (Creed et al, 2011[7]). Sabe-se então que existem sintomas e síndromes para os quais os profissionais de saúde não têm uma explicação médica, a partir do exame objetivo ou exames complementares de diagnóstico. É uma expressão negativa que define os sintomas por aquilo que não são, entrando aqui numa falácia lógica, visto que a falta de explicação médica não indica que ela não exista, ou que não possa existir uma sobreposição entre o que é orgânico e o que é funcional; e negando ao paciente a possibilidade de um diagnóstico concreto e de receber uma explicação positiva para os seus sintomas, obtendo-se a partir daí uma orientação para o tratamento. Pode, para além de impossibilidade na ajuda médica, encontrar razões para suspeitar da competência do médico e sentir-se rejeitado e incompreendido pelo serviço de saúde (Creed et al 2010[6]).

Questões terminológicas

O problema terminológico não está resolvido. A expressão mais apropriada para estes sintomas e/ou síndromes deveria cumprir, aliás, alguns requisitos básicos como ser aceitável para o doente, fácil de usar e aceitável para médicos e profissionais de saúde; impedir a ambiguidade de pensamento, ser facilmente usável em doentes com patologia orgânica reconhecida, para além de poder ser diagnóstico único, basear-se num claro conceito teórico, facilitar a possibilidade de tratamento multidisciplinar, médico e psicológico e ter um significado similar em todas as culturas (Creed et al, 2011[7]), pelo que a expressão sintomas medicamente não explicados ainda é usada.

Esta expressão é amplamente usada no capítulo diagnóstico de perturbações somatoformes do DSM-IV e é problemática porque sugere uma etiologia psicogénica e reforça o pensamento dualista entre o corpo e a mente. Só porque uma perturbação não é medicamente explicado não quer dizer que é uma perturbação psiquiátrica (Dimsdale et al. 2013[9]). Não tem em atenção as diferenças no grau de aceitação por parte de diversos países. Na Alemanha, a expressão é relativamente consensual em comparação com os Estados Unidos da América e Reino Unido por exemplo, onde os médicos acham inaceitável que os doentes recebam este diagnóstico com a preocupação de que estes não gostem do termo (Puri & Dimsdale 2011[26]).

Diagnóstico muito restritivo

Apesar do espectro das perturbações somatoformes serem a 3ª patologia mental mais frequente, após a depressão e a ansiedade segundo uma estimativa feita por Olesen et. al. 2012[25] num universo de 514 milhões de cidadãos europeus, o diagnóstico de perturbação somatoforme é muito pouco utilizado por ser muito restritivo. Segundo Levenson et.al. 2011[22], apesar de os clínicos indicarem a somatização como algo muito frequente o seu diagnóstico principal raramente é feito - numa população de 1.2 milhões de habitantes da Virgínia que procuraram ajuda médica apenas 0.02% receberam um diagnóstico da categoria das perturbações somatoformes do DSM IV-TR.

Este diagnóstico pouco inclusivo deve-se essencialmente ao facto deste ser realizado com contagem de sintomas atribuídos a sistemas de órgãos diferentes. No DSM-IV o diagnóstico de perturbação de somatização requeria quatro sintomas de dor, dois sintomas gastro-intestinais, um sintoma sexual e um sintoma pseudoneurológico. Para além de complexo esta especificidade diagnóstica leva a uma instabilidade diagnóstica como mostra um estudo nos cuidados de saúde primários em que apenas um terço dos pacientes que satisfaziam os critérios para perturbação de somatização, o voltavam a fazer ao fim de doze meses (Simon et. al. 1999[30]).

Subdiagnóstico e falta de reprodutibilidade

Outro grande problema apontado pelos clínicos centra-se na falta de guidelines em como abordar as perturbações de somatização perante os doentes. Isto leva muitas vezes como já referido a que não seja reprodutível entre clínicos diferentes e ao subdiagnóstico.

Usando como exemplo os síndromes funcionais, 90% dos pacientes com síndrome da fadiga crónica, 77% dos que sofrem de fibromialgia e 69% dos que têm síndrome do intestino irritável não foram identificados pelos clínicos dos cuidados de saúde primários como tal, segundo uma amostra de 312 pacientes feita por Warren et al, 2012[35].O

Overlap de patologias

Para além do subdiagnóstico existe ainda o problema do overlap de patologias dificultando a abordagem ao doente tanto a nível diagnóstico como terapêutico. Num estudo realizado por Löwe et al 2008[23] foi pedido a 2091 participantes de clínicas de cuidados de saúde primários dos

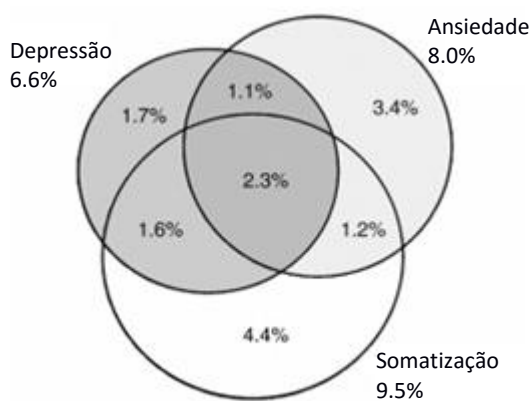


Figura 1 – Overlap de Depressão Severa, Ansiedade Severa e Somatização Severa numa população de 2091 participantes. Löwe et al. 2008[23]

Estados Unidos da América que respondessem a três questionários validados pelo

National Health Survey para a avaliação da Depressão, Ansiedade e Somatização (PHQ-8, GAD-7 e PHQ-15 respetivamente, em anexo). Os resultados estão demonstrados na figura 1 com um importante overlap entre as suas formas severas. Neste mesmo estudo, Löwe concluiu que o comprometimento funcional do doente é maior quando existe overlap. Isto pode ser explicado pois alguns critérios de diagnóstico das três doenças sobrepõem-se parcialmente, podem ser fatores de risco entre si e como alguns autores defendem podem representar 3 vertentes da mesma doença.

Curiosamente o estudo HUNT-II (Haug et al 2004[14]) refere que os pacientes que realmente conseguem cumprir os critérios para perturbação de somatização do DSM-IV (>12 sintomas somáticos) não apresentam valores tão altos de prevalência de depressão e ansiedade, mas cujos os autores consideram serem os “verdadeiros somatizadores” com características alexitímicas com pouca habilidade para expressar emoções e com níveis de ansiedade e depressão baixos. Com esta exceção feita, este estudo confirmou uma tendência linear para a associação entre depressão ansiedade e sintomas somáticos, como visível na tabela 2, tendo os autores sugerido que o número de sintomas importa e que as perturbações com sintomas somáticos devem ter uma abordagem dimensional com especial enfoque nas co-morbilidades. Isto vai contra os novos critérios de diagnóstico do DSM-5 onde apenas um sintoma chega para fazer diagnóstico.

	Género	Sem A ou D	A	D	A e D
Nº médio de sint. somáticos {intervalo 0-23 (95% IC)}	Masculino	2.61 (2.57-2.64)	4.49 (4.33-4.65)	4.65 (4.45-4.84)	6.06 (5.83-6.29)
	Feminino	3.57 (3.52-3.61)	5.90 (5.76-6.05)	5.87 (5.63-6.12)	7.58 (7.36-7.80)
Proporção ≥ 5 sintomas somáticos {% (95% IC)}	Masculino	19.8 (19.3-20.3)	40.7 (38.7-42.8)	43.5 (41.1-45.9)	55.9 (53.4-58.5)
	Feminino	29.5 (28.9-30.1)	53.7 (52.1-55.4)	54.8 (52.0-57.6)	67.8 (65.8-69.9)
Proporção ≥ 12 sintomas somáticos {% (95% IC)}	Masculino	2.0 (1.8-2.1)	6.2 (5.2-7.2)	6.8 (5.6-8.0)	13.3 (11.5-15.0)
	Feminino	4.6 (4.3-4.9)	13.0 (11.9-14.1)	11.5 (9.7-13.1)	22.6 (20.8-24.5)

Tabela 2 – Associação entre Sintomas Somáticos e Ansiedade e Depressão (adaptado de Haug et al 2004[14]); Sem A ou D: Grupo de referência; A: Perturbação da Ansiedade; D: Depressão; A e D: Perturbação da Ansiedade e Depressão; IC: Intervalo de Confiança

Para além do overlap entre doenças pertencentes a diferentes categorias no DSM, existe também no DSM-IV um importante overlap entre doenças pertencentes à categoria de Perturbações Somatoformes, o que resulta em confusão para o clínico (que na maior parte das vezes não é psiquiatra) e acaba por ser clinicamente pouco útil. Nesta nova edição existe a mudança de 4 diagnósticos (Perturbação de Somatização, Perturbação Somatoforme Indiferenciada, Hipocondria e Perturbação de Dor Somatoforme) para 2 diagnósticos principais, Perturbação de Sintomas Somáticos e Perturbação da Ansiedade da Doença como demonstrado na figura 2.

Esta alteração, segundo

Dimsdale et al. 2013[9], leva a barreiras mais distintas e com mais facilidade de compreensão. A hipocondria divide-se assim em dois diagnósticos que diferem essencialmente na

existência, ou não de sintomas somáticos, estando presente em ambas o nível de ansiedade persistentemente elevado acerca da saúde.

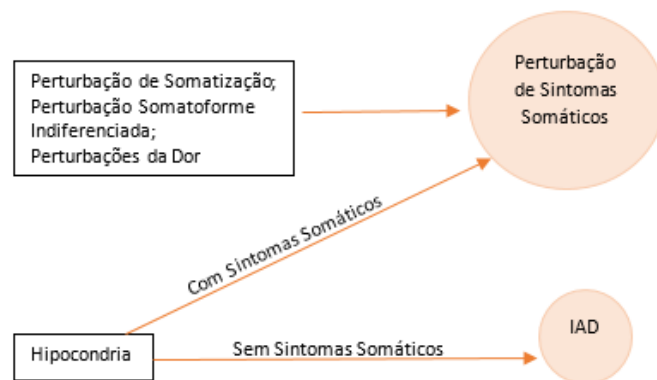


Figura 2- Relação entre os diagnósticos no DSM-IV e a redução de diagnósticos no DSM-V (adaptado de Dimsdale et al 2013[9]); IAD: Perturbação da Ansiedade da Doença

Somatização e Saúde Mental

Existe ainda o problema da desvalorização da saúde mental, com muitos sistemas de saúde concebendo que não seja feito um diagnóstico de doença mental ou que este seja feito erradamente apesar de ser inadmissível falhar um diagnóstico físico. (Rief et. al. 2014[27]).

Outra grande crítica às perturbações somatoformes é a falta de características psicológicas que classifiquem estas perturbações como “mentais”, algo que é transversal a todo o DSM, apesar dos sintomas serem geralmente físicos. Segundo Henningsen et. al. 2003[16] algo que suporta a ideia destas serem patologias do foro mental é que as comorbilidades psiquiátricas são em maior número nos doentes que

apresentam MUPS, comparativamente aos que apresentam sintomas medicamente explicados. No diagnóstico do DSM-V existe a introdução dum sintoma psicológico positivo que é o ponto B do diagnóstico: “pensamentos excessivos, sentimentos, ou comportamentos relacionados com os sintomas somáticos ou associados a preocupações de saúde” (American Psychiatric Association, 2013[4]), contrariando assim a base do diagnóstico anteriormente: os sintomas “negativos” relativos à origem das queixas. Numa revisão sistemática feita por Voigt et al. 2010[33], apesar de algumas críticas, é feita a ressalva que a inclusão de sintomas psicológicos mostrou vantagens tanto a nível da validade construtiva como da validade clínica pois esta característica diagnóstica é importante para a terapêutica e como uma interessante área para estudos futuros, indo para além duma simples contagem de sintomas.

É importante lembrar que o sintoma médico ser ou não inexplicado, não invalida o diagnóstico de perturbação de sintomas somáticos isto porque para cumprir o critério A do diagnóstico “Um ou mais sintomas somáticos que causam aflição ou resultam em perturbação significativa da vida diária.” (American Psychiatric Association, 2013[4]) apenas a questão do sintoma(s) ser(em) disruptivo(s) está em causa e isto pode acontecer até se houver uma clara explicação médica.

A expressão perturbação somatoforme obedece a grande parte dos critérios atrás enunciados mas tem óbvias conotações negativas remetendo para conceitos psicogénicos. A expressão perturbação de sintomas somáticos tem a vantagem de neutralidade etiológica, apesar de suscitar alguma confusão porque pode resultar de alterações funcionais atribuídas aos sistemas e órgãos relacionados com as queixas do doente como pode resultar de alterações funcionais atribuíveis a uma desregulação do sistema nervoso central. Esta ideia foi sugerida pelo DSM-5 e mostrou ser uma expressão promissora, valorizando os sintomas somáticos, as preocupações excessivas com esses sintomas e a utilização anormal dos serviços de saúde (Puri & Dimsdale, 2011[26]).

Relação entre os diagnósticos no DSM-IV e DSM-5

Para além da utilidade na investigação e na prática clínica da introdução dos fatores psicológicos positivos é importante perceber se os doentes que cumpriam critérios no DSM-IV também são incluídos com no DSM-V. Num estudo usando um coorte de 325 pacientes com MUPS (Van Dessel et al 2016[31]), pretendeu-se verificar a frequência da perturbação de somatização, da perturbação somatoforme indiferenciada e da perturbação de dor somática assim como a frequência do diagnóstico de perturbação de sintomas somáticos. Conclui-se então que os critérios de diagnóstico da perturbação de sintomas somáticos são mais restritivos com apenas 45,5% dos pacientes cumprindo critérios contra 92.9% dos pacientes que cumprem critérios para perturbações somatoformes (Figura 3).

N=297

Número total de pacientes que preenchem os critérios do DSM:

SD (DSM IV Perturbação de Somatização) **46**

PD (DSM IV Perturbação da Dor Somatoforme) **147**

USD (DSM IV Perturbação Somatoforme Indiferenciada) **286**

SSD (DSM 5 Perturbação de Sintomas Somáticos) **148**

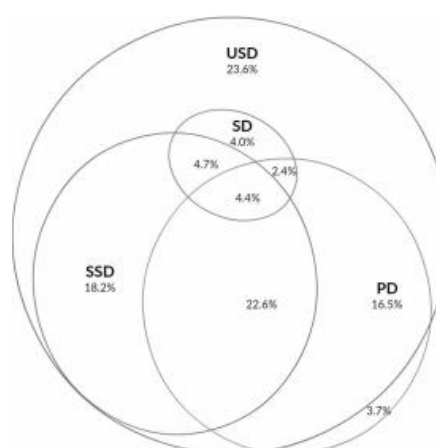


Figura 3- Prevalência e overlap das perturbações somatoformes e relacionadas no DSM-IV e DSM-5. (van Dessel et al 2016[31])

Os participantes do estudo que preenchiam os critérios para perturbação de sintomas somáticos sofriam de sintomas mais severos do que os restantes (PHQ-15 médio de 13.98 (SD 5.17) contra 11.23 (SD 4.71) P-value 0.001) com obviamente maior afeição na qualidade de vida e níveis mais elevados de depressão.

Validade do DSM-5

Noutro estudo realizado por Voigt et al 2012[34] reforça-se a ideia que os sintomas psicológicos positivos aumentam a validade diagnóstica mas também que o novo diagnóstico do DSM-5 seleciona pacientes com maior afeção da qualidade de vida.

A diferença de frequências deve-se à inclusão do diagnóstico de perturbação somatoforme indiferenciada que foi criada com o objetivo de incluir pacientes com sintomas medicamente não explicados mas que não se incluíam nos outros diagnósticos ultra-restritivos. Segundo um estudo alemão (Grabe et al 2003[12]) foi encontrada uma prevalência de 19,7% na população em geral com menos afeção da qualidade de vida que outros diagnósticos da mesma categoria.

Síntese e Discussão

As críticas à anterior edição são variadas. Entre elas estão questões linguísticas onde se discute a velha questão da dicotomia corpo-mente, do estigma associado à palavra somatoforme (e aos conceitos psicogénicos inerentes) e à variedade de aceitação entre diferentes países.

Diagnósticos muito restritivos também são outra crítica com uma especificidade e variedade de sintomas a estarem presentes que provavelmente não fazem sentido. Exceção feita à Perturbação Somatoforme Indiferenciada que era criticada exatamente pelo oposto.

Como estas patologias são maioritariamente observadas nos cuidados de saúde primários é preciso apostar em guidelines simples e que facilitem a vida ao clínico. Existe um significativo subdiagnóstico e falta de reprodutibilidade apesar dos clínicos referirem as queixas somáticas como bastante frequentes.

Existia ainda significativo *overlap* entre as várias perturbações somatoformes, levando à diminuição de diagnósticos na nova edição. Para além disto existe uma grande relação entre a depressão e ansiedade, facto que não deve ser ignorado e que pode ser uma área excelente de investigação e abordagem terapêutica.

Com a abolição da perturbação somatoforme indiferenciada a prevalência de perturbações deste capítulo do DSM-5 diminui para cerca de metade mas o seu diagnóstico principal, perturbações de sintomas somáticos inclui mais doentes do que a perturbação principal do DSM-IV: perturbação de somatização.

Com a inclusão no diagnóstico dos pensamentos, sentimentos e preocupação excessiva em relação aos sintomas somáticos destrói-se a crítica que o capítulo de perturbações somatoformes não incluía qualquer tipo de sintoma do foro mental.

Evidentemente a estrutura do novo capítulo do DSM-5 difere consideravelmente do capítulo do DSM-IV Perturbações Somatoformes.

Em contraste com a anterior edição, o DSM-5 mudou o centro do diagnóstico, alterando o ênfase no status funcional dos sintomas somáticos, como os MUPS, para os pensamentos, sentimentos e comportamentos disruptivos e exagerados relacionados com a presença de sintomas somáticos.

Como tal, uma alteração positiva foi a diminuição dos diagnósticos diminuindo a dificuldade que os clínicos revelam na aplicação de diagnóstico. Há que ter em conta que todas as doenças deste grupo são maioritariamente vistas nos cuidados de saúde primários, onde existe ainda uma grande separação entre o que é físico e o que é psicológico, e que para colmatar esta estigmatização por exemplo neste campo das perturbações com sintomas somáticos é necessário criar ferramentas diagnósticas e guidelines terapêuticas simples e de fácil execução que levem a um diagnóstico facilmente reproduzível entre todos os médicos e em todos os países. Para tal é necessário mais investigação nesta área para melhor perceber os doentes. Como grande parte das doenças psiquiátricas, a somatização ainda é um terreno em construção e que exige mais investigação. Existem bastantes estudos a nível epidemiológico sobre o tema mas aquilo que é realmente relevante para o doente (e para o clínico) ainda tem algumas lacunas que deverão ser tópico de estudos futuros. Com a alteração estrutural no DSM-V, que se concluiu ser mais válida a nível de construção e diagnóstico do que a mesma categoria no DSM-IV, é importante tentar validar estudos antigos para a nova realidade clínica e perceber se as abordagens antigas são válidas.

É importante ainda perceber a fisiopatologia por detrás dos sintomas somáticos para se poder por de parte a expressão sintomas físicos medicamente não explicados, que apesar de já não fazer parte dos critérios de diagnóstico ainda é muito importante tanto na clínica como na investigação.

Limitações

De referir ainda que neste estudo foram apenas abordadas críticas ao DSM-IV e não aos novos critérios de diagnóstico, visto que isso ultrapassava os objetivos no entanto é um tema que faz sentido abordar e que deve ser alvo de estudos. Neste momento as críticas são maioritariamente escritas em artigos de opinião como a do Allen Frances que diz que esta nova categoria arrisca-se a classificar pessoas erradamente como doentes mentais.

Não foram abordadas questões relativamente à fisiopatologia pois não fazia parte dos objetivos propostos, mas é uma temática bastante importante e que necessita de ser

mais abordada, pois a fisiopatologia deve ajudar a fundamentar o diagnóstico e a torna-lo mais objetivo.

Fazer uma revisão sobre somatização não é possível sem avaliar artigos e estudos que referem MUPS, o que acaba por ir contra a desvalorização dos sintomas visto pelo lado negativo.

Sugestões para o futuro

Neste momento a terapêutica assenta essencialmente na psicoterapia. A terapêutica é algo que é fundamental tanto para o clínico como para o doente e deve ser a área de novos estudos e descobertas que validem novas técnicas terapêuticas e que se adequem a esta nova abordagem diagnóstica.

Algo a ter em conta é a possibilidade, de tal como aconteceu no DSM-IV com a perturbação somatoforme indiferenciada, incluir-se um diagnóstico com critérios mais vagos para incluir mais doentes com todas as vantagens e desvantagens associadas.

Antes de pensar na revisão do DSM-5 deve-se analisar esta nova edição. Na verdade só o tempo dirá se estas mudanças farão sentido, pois são precisos estudos de larga escala com muito mais participantes e com abordagens longitudinalmente ao longo do tempo, algo a que neste momento ainda não se tem acesso pelo que o que se escreve sobre o tema acaba por ser muito mais teórico do que se pretende.

Agradecimentos

Antes de mais quero agradecer ao meu tutor Dr. Carlos Góis pela simpatia, críticas construtivas, compreensão e entusiasmo constante.

E aos meus, por estarem sempre presentes.

Bibliografia

- [1]. Allen, Lesley A., Woolfolk, Robert. L. (2013). Somatic Symptom Disorder, Mental Disorders - Theoretical and Empirical Perspectives, Prof. Robert Woolfolk (Ed.), InTech, DOI: 10.5772/52431. Available from: <http://www.intechopen.com/books/mental-disorders-theoretical-and-empirical-perspectives/somatic-symptom-disorder>
- [2]. American Psychiatric Association (1980). Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders . 3rd ed . Washington, dc, American Psychiatric Association.
- [3]. American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders . 4th ed . Washington, dc, American Psychiatric Association.
- [4]. American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders . 5th ed . Washington, dc, American Psychiatric Association.
- [5]. Barsky AJ, Peekna HM, Borus JF. (2001) Somatic symptom reporting in women and men. *J Gen Intern Med*;16:266–275.
- [6]. Creed F, Guthrie E, Fink P, et al. (2010) Is there a better term than ‘Medically unexplained symptoms’? *J Psychosom Res*; 68: 5–8.
- [7]. Creed, H., Kroenke, K., Henningsen P., Gudi, A., White, (2011) Evidence-based treatment, Medically unexplained symptoms, somatisation and bodily distress: developing better clinical services, Cambridge University Press, Cambridge
- [8]. Dimsdale J, Creed F. (2009) The proposed diagnosis of somatic symptom disorders in DSM-V to replace somatoform disorders in DSM-IV—a preliminary report. *J Psychosom Res.*;66:473–6.
- [9]. Dimsdale JE, Creed F, Escobar J, Sharpe M, Wulsin L, Barsky A, et al. (2013) Somatic symptom disorder: an important change in DSM. *J Psychosom Res* 75: 223–228.
- [10]. Fink, P, Schröder, A, (2010) One single diagnosis, bodily distress syndrome, succeeded to capture 10 diagnostic categories of functional somatic syndromes and somatoform disorders, *J. Psychosom. Res.* 68 (5) 415–426
- [11]. Ghanizadeh A, Firoozabadi A., (2012) A review of somatoform disorders in DSM-IV and somatic symptom disorders in proposed DSM-V, *Psychiatria Danubina*
- [12]. Grabe HJ, Meyer C, Hapke U, Rumpf HJ, Freyberger HJ, Dilling H, et al. (2003) Specific somatoform disorder in the general population. *Psychosomatics* ;44:304–11.
- [13]. Gureje O, Simon GE. (1999) The natural history of somatization in primary care. *PsycholMed*; 29:669-676.
- [14]. Haug TT, Mykletun A, Dahl AA. (2004) The association between anxiety, depression, and somatic symptoms in a large population: the HUNT-II study. *Psychosom Med.*;66:845–51.

- [15]. Häuser W, Bialas P, Welsch K, Wolfe F, (2015) Construct validity and clinical utility of current research criteria of DSM-5 somatic symptom disorder diagnosis in patients with fibromyalgia syndrome. *J Psychosom Res.*Jun;78(6):546-52.
- [16]. Henningsen P, Zimmermann T, Sattel H. (2003) Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: a meta-analytic review. *Psychosom Med*; 65:528–33.
- [17]. Hiller W, Rief W, Brähler E. (2006) Somatization in the population: from mild bodily misperceptions to disabling symptoms. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*;41(9):704–712.
- [18]. Hiller W, Rief W, Fichter (1995) MM. Further evidence for a broader concept of somatization disorder using the somatic symptom index. *Psychosomatics*;36:285–94
- [19]. Kroenke, K. (2006) Physical symptom disorder: a simpler diagnostic category for somatization-spectrum conditions. *Journal of psychosomatic research.*;60(4):335–9.
- [20]. Konnopka A, Schaefer R, Heinrich S, Kaufmann C, Lupp M, Herzog W, et al.(2012) Economics of medically unexplained symptoms: a systematic review of the literature. *Psychother Psychosom.*;81:265–275.
- [21]. Kroenke K. Physical symptom disorder: a simpler diagnostic category for somatization-spectrum conditions. *J Psychosom Res* 2006; 60: 335–9
- [22]. Levenson, J. L. (2011). The somatoform disorders: 6 characters in search of an author. *Psychiatr. Clin . North Am.* 34: 515-524.
- [23]. Löwe B, Spitzer RL, Williams JB, Mussell M, Schellberg D, Kroenke K. (2008) Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment. *Gen Hosp Psychiatry*;30(3):191–199.
- [24]. Mayou R, Kirmayer LJ, Simon G, Kroenke K, Sharpe M.(2005) Somatoform disorders: time for a new approach in DSM-V. *Am J Psychiatry*;162:847–55.
- [25]. Olesen J, Gustavsson A, Svensson M, Wittchen HU, Jonsson B. (2012) The economic cost of brain disorders in Europe. *Eur J Neurol*;19:155–62.
- [26]. Puri, P. R. and Dimsdale, J. E. (2011). Health care utilization and poor reassurance: potential predictors of somatoform disorders. *Psychiatr. Clin. North Am.* 34: 525-544.
- [27]. Rief W, Martin A. (2014) How to use the new DSM-5 somatic symptom disorder diagnosis in research and practice: a critical evaluation and a proposal for modifications. *Annu Rev Clin Psychol.* 10:339–367.
- [28]. Schröder A., Fink P.(2010) The proposed diagnosis of somatic symptom disorders in DSM-V: two steps forward and one step back?, *J Psychosom Res*, 68, pp. 95–96.
- [29]. Simon G. E., VonKorff M., Piccinelli M., Fullerton C., Ormel J (1999). An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *The New England Journal of Medicine.*;341(18):1329–1335.
- [30]. Simon GE, Gureje O. (1999) Stability of somatization disorder and somatization symptoms among primary care patients. *Arch Gen Psychiatry*;56:90–5.

- [31]. Van Dessel NC, van der Wouden JC, Dekker J, van der Horst HE, (2016) Clinical value of DSM IV and DSM 5 criteria for diagnosing the most prevalent somatoform disorders in patients with medically unexplained physical symptoms (MUPS). *J Psychosom Res.*;82:4-10
- [32]. Van Geelen S, Rydelius P, Hagquist C. (2015) Somatic symptoms and psychosocial concerns in a general adolescent population: Exploring the relevance of DSM-5 somatic symptom disorder. *J Psychosom Res.* (15)00512-7.
- [33]. Voigt K, Nagel A, Meyer B, Langs G, Braukhaus C, Lowe B. (2010) Towards positive diagnostic criteria: a systematic review of somatoform disorder diagnoses and suggestions for future classification. *J Psychosom Res.*;68(5):403–14.
- [34]. Voigt K, Wollburg E, Weinmann N, Herzog A, Meyer B, Langs G, Löwe B. (2012) Predictive validity and clinical utility of DSM-5 Somatic Symptom Disorder–comparison with DSM-IV somatoform disorders and additional criteria for consideration. *J Psychosom Res.*;73:345–350.
- [35]. Warren JW, Clauw DJ. (2012) Functional somatic syndromes: sensitivities and specificities of self-reports of physician diagnosis. *Psychosom Med.*;74:891–895.



Personal Health Questionnaire Depression Scale (PHQ-8)

Over the **last 2 weeks**, how often have you been bothered by any of the following problems?
(circle **one** number on each line)

How often during the past 2 weeks were you bothered by...	Not at all	Several days	More than half the days	Nearly every day
1. Little interest or pleasure in doing things	0	1	2	3
2. Feeling down, depressed, or hopeless	0	1	2	3
3. Trouble falling or staying asleep, or sleeping too much	0	1	2	3
4. Feeling tired or having little energy	0	1	2	3
5. Poor appetite or overeating	0	1	2	3
6. Feeling bad about yourself, or that you are a failure, or have let yourself or your family down	0	1	2	3
7. Trouble concentrating on things, such as reading the newspaper or watching television	0	1	2	3
8. Moving or speaking so slowly that other people could have noticed. Or the opposite – being so fidgety or restless that you have been moving around a lot more than usual	0	1	2	3

Scoring

If two consecutive numbers are circled, score the higher (more distress) number. If the numbers are not consecutive, do not score the item. Score is the sum of the 8 items. If more than 1 item missing, set the value of the scale to missing. A score of 10 or greater is considered major depression, 20 or more is severe major depression.

PHYSICAL SYMPTOMS (PHQ-15)

During the past 4 weeks, how much have you been bothered by any of the following problems?

	Not bothered at all (0)	Bothered a little (1)	Bothered a lot (2)
a. Stomach pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Back pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Pain in your arms, legs, or joints (knees, hips, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Menstrual cramps or other problems with your periods WOMEN ONLY	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Headaches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Chest pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Dizziness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Fainting spells	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Feeling your heart pound or race	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Shortness of breath	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Pain or problems during sexual intercourse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Constipation, loose bowels, or diarrhea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Nausea, gas, or indigestion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Feeling tired or having low energy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Trouble sleeping	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(For office coding: Total Score T_____ = _____ + _____)

Developed by Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke and colleagues, with an educational grant from Pfizer Inc. No permission required to reproduce, translate, display or distribute.

Generalized Anxiety Disorder 7-item (GAD-7) scale

Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by the following problems?	Not at all sure	Several days	Over half the days	Nearly every day
1. Feeling nervous, anxious, or on edge	0	1	2	3
2. Not being able to stop or control worrying	0	1	2	3
3. Worrying too much about different things	0	1	2	3
4. Trouble relaxing	0	1	2	3
5. Being so restless that it's hard to sit still	0	1	2	3
6. Becoming easily annoyed or irritable	0	1	2	3
7. Feeling afraid as if something awful might happen	0	1	2	3
<i>Add the score for each column</i>	+	+	+	
Total Score (<i>add your column scores</i>) =				

If you checked off any problems, how difficult have these made it for you to do your work, take care of things at home, or get along with other people?

Not difficult at all _____

Somewhat difficult _____

Very difficult _____

Extremely difficult _____

Source: Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Lowe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder. *Arch Intern Med.* 2006;166:1092-1097.